

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N° 215

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

André BLOOM

Né le 19 juin 1914, à Lausanne (Suisse).

28 JUIN 1943

Présentée et soutenue publiquement le.....10..

CONSIDERATIONS

SUR LA

VOIE D'ABORD VAGINO-PERINEALE

DANS LE TRAITEMENT

DES FISTULES VESICO-VAGINALES

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, rue Deparcieux, 29

1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **BLOOM.**

Prénom : **André**

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

BLOOM (André). — Considérations sur la voie d'abord vagino-périnéale dans le traitement des fistules vésico-vaginales. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

BLOOM (André). — Considérations sur la voie d'abord vagino-périnéale dans le traitement des fistules vésico-vaginales. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

BLOOM (André). — Considérations sur la voie d'abord vagino-périnéale dans le traitement des fistules vésico-vaginales. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

BLOOM (André). — Considérations sur la voie d'abord vagino-périnéale dans le traitement des fistules vésico-vaginales. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André BLOOM

Né le 19 juin 1914, à Lausanne (Suisse).

Présentée et soutenue publiquement le.....19..

CONSIDERATIONS

SUR LA

VOIE D'ABORD VAGINO-PERINEALE

DANS LE TRAITEMENT

DES FISTULES VESICO-VAGINALES

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, rue Deparcieux, 29

1944



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Oùlme médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	N...
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CADENAT.
Clinique des maladies infectieuses	BROCQ.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	N...
Clinique d'accouchement	N...
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etien.)	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LAVIER	Parasitologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CACHERA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DEGREZ (H.).	Physique.	RENARD	Ophthalmologie.
DESOILLE	Médecine légale.	RICHET	Physiologie.
DIGONNET	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	SOULIE	Pathologie médicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.		
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHEVALLIER .		DE GAUDART ..	
LAROCHE Guy ..		D'ALLAINES ..	
MOREAU		MOULONGUET ..	
SEZARY		MOURE	
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale		
VIGNES			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

*qui a bien voulu nous faire le grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette thèse:
qu'il nous soit permis de lui en témoigner
ma profonde reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur G. PICOT
Chirurgien des Hôpitaux

*qui nous a fait l'insigne honneur de nous
confier l'exposé et la défense de la belle
technique dont il est l'auteur, et chez qui
nous avons trouvé un accueil si cordial et
si bienveillant.*

A Monsieur le Docteur Roger COUVELAIRE
Chirurgien des Hôpitaux
Professeur agrégé à la Faculté

*qui a été l'inspirateur de cette thèse et en
qui nous avons toujours trouvé un guide
très sûr et un constant appui.*

A la mémoire des Professeurs R. GREGOIRE,
A. HOVELACQUE et F. RATHERY

qui ont été pour nous des maîtres inoubliables.

A Messieurs JOYET-LAVERGNE,
Inspecteur d'Académie,

Jacques MILLOT et Raoul COMBES,
Professeurs à la Faculté des Sciences de Paris

*qui m'ont appris à aimer et à connaître les
Sciences naturelles.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

L'accès des fistules vésico-vaginales dans le but d'en pratiquer la cure opératoire est possible par le vagin, par la vessie, par la cavité péritonéale.

En 1939, le D^r G. Picot, dans un article intitulé : « Le traitement des fistules vésico-vaginales haut situées par voie vagino-périnéale¹ » démontre que la voie basse permet une fermeture aisée des fistules haut situées et rapporte deux observations démonstratives. Depuis cette date, deux cas encore ont été publiés : l'un par le D^r R. Couvelaire², l'autre par le D^r Jomain³. M. G. Picot nous a confié deux observations inédites et M. R. Couvelaire onze observations inédites.

C'est à l'instigation du D^r R. Couvelaire et sous sa direction qu'a été entreprise cette thèse, consacrée à l'étude de la voie d'abord vagino-périnéale des fistules vésico-vaginales.

Il nous semble, en effet, que, loin d'être une « fantaisie chirurgicale » (Marion), elle constitue un procédé excellent. Cette méthode, préconisée par G. Picot, vulgarisée par R. Couvelaire et modifiée par lui dans quelques détails, permet de réaliser la fermeture des fistules en travaillant à ciel ouvert, condition que l'on

1. *Journal de Chirurgie*, tome 54, nos 4-5, octobre-novembre 1939, p. 474 à 483, 5 figures.

2. *Bulletin de la Société française d'urologie*, n° 5. Cr. R. de la séance du 18 novembre 1940, p. 84.

3. J. Jomain : *Journal d'urologie*, t. 49, nos 7-8, juillet-août 1941, p. 364.

cherche à réaliser toujours mais souvent en vain par les diverses techniques classiques. De plus, la voie d'abord de la fistule est très anatomique — « opération de clivage plus que de section » (R. Couvelaire). « véritable démontage pièce à pièce du périnée » (B. Fey).

A l'appui de cette méthode nouvelle, nous apportons 17 observations dans lesquelles la guérison a suivi de façon constante l'acte opératoire. Sur ces 17 cas, le succès a été obtenu 16 fois en un seul temps; dans un cas seulement une opération itérative par la même voie a été nécessaire.

Notre but n'est pas de discuter la valeur des voies transvésicale de Marion et transpéritonéale de Legueu — qui sont à juste titre devenues classiques; mais de prouver l'intérêt de la voie vagino-périnéale : elle donne des résultats locaux excellents tant au point de vue vésical qu'au point de vue périnéal; elle évite l'ouverture de la vessie dont le caractère impératif (Marion) ne nous semble pas démontré; elle guérit — nos observations en font foi — et par là elle mérite de recevoir droit de cité en chirurgie plastique où elle doit prendre place et bonne place à côté des voies d'abord antérieurement décrites. Elle représente aux yeux de R. Couvelaire le procédé de choix.

RAPPEL DES VOIES D'ABORD CLASSIQUES

Les fistules vésico-vaginales sont de deux types : les unes — basses — ont généralement une origine obstétricale ; elles se produisent au cours d'accouchements laborieux, au moment du travail. Elles sont dues à la compression prolongée de la cloison vésico-vaginale contre la face postérieure du pubis par une tête foetale qui ne se dégage pas : la zone comprimée se nécrose, puis se détache comme une escarre, créant une communication vésico-vaginale de plus ou moins grande étendue. Son apparition est un phénomène local auquel ne sont en aucune façon intéressés les tissus avoisinants qui sont et restent normaux.

Tout autres sont les fistules vésico-vaginales hautes : elles sont la conséquence soit d'une radiumnécrose au cours du traitement d'un cancer génital, soit d'une hysterectomie (le plus souvent hysterectomie totale ou colpohysterectomie à la Wertheim) dans laquelle l'opérateur, soucieux de passer au large des tissus pathologiques, ouvre la vessie ou la rase de si près qu'une nécrose secondaire se produit.

Les premières sont d'un accord unanime abordées par voie basse. Elles se font d'ailleurs de plus en plus rares à mesure que la technique obstétricale devient plus parfaite et que la surveillance prénatale permet de dépister plus tôt les cas dystociques et de les hospitaliser dans des services compétents⁴. En toute

4. André : Rapport du X^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, 1937. Bibliographie importante.

occurrence, l'abord de ces fistules est aisé, car, bas situées dans un vagin ordinairement souple et large, elles sont sous les yeux mêmes de l'opérateur et à la portée de sa main.

Il n'en est pas de même pour les fistules hautes : le nombre des techniques qui ont été proposées en France et ailleurs pour leur fermeture témoignent assez des difficultés que l'on éprouve à les aborder lors de leur cure. Deux circonstances rendent, en effet, l'intervention difficile : la profondeur à laquelle est située la fistule qui — sauf artifice — est hors d'atteinte; et la qualité des tissus où elle s'est produite. Lorsque le vagin est large, le périnée effondré, le fond du vagin très abaissé, il est possible d'atteindre la fistule sans trop de difficulté par voie basse. Mais ces conditions ne sont qu'exceptionnellement réunies : presque toujours, dans les fistules hautes, le vagin est sclérosé, induré, profond et étroit; la fistule ne peut être abaissée et l'intervention par voie vaginale offre les plus grandes difficultés. Il faut employer des artifices pour amener la fistule à portée du chirurgien ou bien l'aborder par voie sus-pubienne.

Quatre voies principales sont nées de ces considérations. Passons-les en revue successivement; voyons leurs avantages, leurs inconvénients et leurs indications. Cette étude, pour brève qu'elle sera, nous montrera qu'aucune n'est exempte de reproches et que la voie vagino-périnéale résout certaines difficultés qu'aucune d'elles ne permet de surmonter complètement.

1° LA VOIE VAGINALE,

la voie des gynécologues, pourrait-on dire, a été préconisée par Fergusson et Braquenhaye et a donné entre les mains de nombreux opérateurs des résultats excellents⁵; sous sa forme primitive ou sous d'autres formes, elle permet une cure relativement facile des

5. Hartmann : C. R. de l'Académie de Chirurgie, séance du 24 mai 1939.

fistules bas situées — mais de celles-là seulement. Elle ne donne, en effet, qu'un jour très insuffisant pour la fermeture des fistules hautes, lointaines et difficiles à atteindre.

Pour étendre ses indications à ces derniers cas, des chirurgiens ont été amenés à envisager et à employer des procédés de débridement vulvo-vaginal, des épisiotomies uni ou bilatérales selon les cas. Cadenat et Gouverneur, Aubert (de Genève), Pauchet, Gonzales, Ward ont recours à l'incision de Chaput et Schuchard-Schauta; mais si, en ouvrant l'entrée du cylindre vaginal, elle permet de manœuvrer plus à l'aise, elle ne permet pas d'abaisser le fond du vagin qui reste toujours aussi profond : la fistule ne descend pas vers l'opérateur; c'est lui qui doit remonter vers elle dans un canal vaginal parfois étroit et inextensible dans sa partie supérieure. D'autre part, cette incision est aveugle et sanglante; la section entame souvent les releveurs et ne se prête pas à une bonne réunion de ces muscles; en conséquence, la vulve reste fréquemment déformée et irrégulière.

2° LES VOIES SUS-PUBIENNES.

La recherche d'une meilleure vision, la nécessité « d'avoir la fistule dans sa main », les critiques justifiées qu'a suscitées l'incision de Schuchard-Schauta ont conduit tout naturellement à tenter une exposition de la fistule par voie sus-pubienne. Marion, Forgeue et Legueu ont proposé chacun une technique opératoire. D'autres auteurs en ont préconisé des variantes.

A. La voie transvésicale de Marion : C'est la voie préférée des urologues. En particulier entre les mains de G. Marion et de ses élèves, elle a donné des résultats nombreux et excellents. En 1924, Viollet présente dans sa thèse 53 guérisons obtenues dès la première intervention sur 56 cas opérés. Les résultats semblent d'autant meilleurs qu'on substitue à l'ancienne autoplastie vésicale par glissement le procédé d'accolement

en cuvette ou celui de dédoublement. La voie transvésicale connaît cependant des échecs et son emploi est parfois difficile.

B. La voie transpéritonéale de Forgue et Dittel :
Analogue à la précédente; elle s'en différencie essentiellement en ce que l'abord de la fistule est transpéritonéal et laisse la vessie intacte.

C. La voie transpéritonéo-vésicale de Legueu :
Cette méthode est théoriquement sans possibilité d'échec : elle expose largement les lésions; elle permet de travailler au grand jour; elle vise non plus seulement à dédoubler les bords de la fistule, mais à séparer les deux organes : de ce fait, elle doit ignorer l'échec; mais elle a un inconvénient grave : elle comporte l'ouverture du péritoine en même temps que celle d'une vessie infectée du fait de sa fistulisation. En conséquence, malgré les résultats probants de Legueu, les opérateurs s'accordent actuellement à réserver cette technique à la cure des lésions complexes, accompagnées de délabrements prononcés et de sclérose étendue et à la considérer comme la ressource ultime dans la cure des fistules ayant résisté à tous les autres traitements.

INDICATIONS RESPECTIVES DES DIVERSES VOIES D'ABORD

Le bref exposé qui précède semble montrer que chaque cas particulier peut trouver dans l'une des techniques décrites son intervention curatrice :

La voie vaginale permettrait de traiter avec succès les fistules basses et médianes;

La voie transvésicale semble utilisable dans la majorité des fistules hautes;

La voie transpéritonéale assurerait la cure des lésions à point de départ cervico-vaginal;

La voie transpéritonéo-vésicale aurait raison des fistules complexes.

Le chirurgien semble ainsi armé contre toutes les éventualités et la description d'une méthode nouvelle apparaît pour le moins comme superflue. Aussi bien, M. G. Marion a-t-il dès l'abord considéré la voie décrite par G. Picot et employée avec succès par lui et par R. Couvelaire comme inutile.

En fait, outre les raisons d'ordre anatomique, le choix d'un procédé de préférence à un autre — voire à l'exclusion de tout autre — est généralement dicté par *l'habitude de l'opérateur*. Chaque chirurgien a une tendance souvent légitime à utiliser la voie dans laquelle sa maîtrise est la plus grande. « L'essentiel, en matière de chirurgie plastique, est de réussir » (R. Gouverneur) et tel parviendra à obtenir par une voie qui lui est familière ce qu'un autre n'aurait pu songer à réaliser.

Nous avons dit déjà que la voie basse est celle des gynécologues : c'est pour en étendre les indications

que les chirurgiens auxquels elle est familière ont recours à des artifices divers (débridements, jeu de valves, positions particulières).

Les urologues s'adressent de préférence à la voie transvésicale décrite et illustrée par G. Marion, tandis que les élèves de Legueu n'hésitent pas à utiliser la voie transpéritonéo-vésicale pour en avoir connu les succès.

La voie basse, vaginale, est cependant manifestement insuffisante, impraticable même lorsque la fistule est haut située, surtout lorsqu'elle siège au milieu de tissus pathologiques qui rendent le vagin anormalement étroit et inextensible. L'état induré, cartonné, de ses parois constitue un obstacle que les méthodes de débridement sont incapables de lever. Ces dernières, comme nous l'avons indiqué plus haut, comportent certains inconvénients propres qui ne sont pas négligeables.

La voie transvésicale ne peut, elle non plus, prétendre à l'universalité pour d'autres motifs. Elle est difficile à utiliser lorsque l'intervention est itérative; or, c'est souvent le cas (11 fois sur les 17 observations que nous présentons) : les cicatrices pariétales et péritonéales rendent l'abord de la vessie difficile; mais plus difficile encore que l'ouverture vésicale (qu'une incision délibérée du péritoine rend toujours possible), irréalisable parfois dans des conditions satisfaisantes est l'étalement d'une vessie rétractée, de petite capacité, à parois dures et inextensibles.

Par ailleurs, le dédoublement de la fistule a donné lieu à des accidents lorsqu'une anse intestinale était adhérente à la vessie. Or, cette adhérence est habituelle après les hystérectomies totales, puisque ces opérations se terminent souvent par une exclusion du bas-sin réalisée grâce à une suture colo-vésicale. Il existe des observations où l'intestin fut blessé au cours de l'opération.

Un autre élément de gêne est apporté à cette intervention par l'embonpoint des malades. Destinée à nous permettre de travailler à ciel ouvert, la technique transvésicale nous conduit dans ces cas à opérer au

fond d'un puits. La difficulté atteint à son comble lorsque la vessie est de faible capacité; aucun artifice ne permet alors de l'avoir en main; la « vessie en noix » ne se laisse en aucune façon distendre et l'écarteur de Legueu paraît démesuré pour être placé à l'intérieur de la vessie et non sur la paroi.

L'ensemble de ces critiques est admirablement illustré par l'observation suivante de B. Fey⁶ :

« Lorsque, voici deux mois, Couvelaire nous a parlé de la voie vaginale périnéale de Picot dans la cure des fistules vésico-vaginales, j'ai déclaré qu'*a priori* cette voie me semblait peu séduisante.

Depuis lors, il s'est passé deux faits dans mon service de Cochin qui m'ont donné à réfléchir et que je rapporte brièvement : J'ai eu à traiter, en octobre, une énorme fistule vésico-vaginale post-opératoire, longue de 10 cm., siégeant haut sur la face postérieure de la vessie. J'opérai par voie transvésicale et pus fermer presque tout, mais une fistulette persista. Trois mois après, c'est-à-dire la semaine dernière, je retournai avec confiance par la même voie transvésicale. Je me suis trouvé embarqué dans une intervention terrible, dont je ne suis pas prêt de perdre le souvenir : difficultés de paroi; difficultés sur le péritoine du fait de la laparotomie itérative; difficultés d'exposition de la vessie malgré que j'aie employé l'artifice dont vient de parler Gouverneur, et, une fois la vessie exposée, je me trouve sur sa face postérieure, en présence d'une bride épaisse derrière laquelle partait un recessus au fond duquel existait un petit orifice latéral droit. Pour exposer la fistule et l'aborder, il m'a fallu réséquer la bride et, finalement, je me suis trouvé en face d'une brèche latérale, longue de plusieurs centimètres et en tissus cartonnés. Je fis de mon mieux, mais j'ai la certitude que ma suture va lâcher.

Ce fait, ajoute B. Fey, me confirme dans l'idée que toutes les fois qu'il se peut, il faut employer, dans les

6. B. Fey : *Journal d'Urologie*, tome 49, nos 1-2, janvier-février 1941, p. 83. (C. R. de la séance de la Société fr. d'urologie du 20-1-1941.)

interventions itératives, une voie autre que celle de la première intervention. En matière de fistules vésico-vaginales, les opérations itératives ne sont pas si rares et puisque la voie de Picot s'adresse aux fistules haut situées, il ne semble pas aussi inutile que je le pensais de l'avoir à notre disposition. »

Une dernière circonstance peut gêner la cure des fistules vésico-vaginales par voie transvésicale : c'est la proximité des uretères. Certes, la blessure d'un uretère est chose relativement rare; G. Marion l'a signalée dans 7 cas sur 225, mais deux accidents d'inégale gravité sont possibles :

1° lorsque la fistule est au voisinage immédiat de l'orifice urétéral, l'espace manque d'un côté pour faire un avivement et un dédoublement suffisamment étendus; les fils, passés trop près du bord de la fistule, n'ont pas de point d'appui solide, coupent et la suture se désunit dans les jours qui suivent l'intervention. Celle-ci se trouve donc compromise et une seconde tentative par la même voie ne donne pas lieu de prévoir un meilleur succès. On a préconisé de désinsérer, en pareil cas, l'uretère et de le réimplanter un peu plus loin, mais la manœuvre est plus facile à décrire qu'à réaliser et peut n'être pas anodine pour le rein sus-jacent.

2° La proximité des uretères fait courir à la patiente, outre l'insuccès opératoire, le danger d'exclusion du rein par striction d'un uretère dans un fil de suture. R. Couvelaire a observé trois cas, après une cure par voie transvésicale. En voici un, terminé par néphrectomie secondaire :

« M^{me} N... a subi, à l'hôpital Necker, la cure d'une fistule vésico-vaginale par voie transvésicale.

Elle est sortie guérie; mais, quelque temps après, elle consulte à nouveau pour pollakiurie douloureuse et à l'examen on note la formation de deux calculs qui sont à l'origine des poussées de *cystite* que présente la malade.

Elle est soumise à des soins locaux (instillations, etc...).

En 1939, elle se fait examiner à l'hôpital Saint-Antoine pour douleurs lombaires gauches. La cysto-

scopie montre que la vessie est normale, mais l'*orifice urétéral gauche est invisible*. L'urographie permet de conclure à l'intégrité du rein droit; par contre, *le rein gauche est invisible sur tous les clichés*.

En 1940, le Professeur G. Marion réalise, à l'hôpital Saint-Antoine (pavillon Gosselin), une néphrectomie gauche. Guérison. »

Ainsi, la voie transvésicale peut n'être point exempte de retentissement rénal conduisant à une exérèse secondaire du rein.

La *voie transpéritonéo-vésicale* de Legueu a été plus rarement employée et les chirurgiens n'y recourent que pour la cure des lésions complexes, en dernier ressort. Elle permet d'exposer très largement les lésions et de séparer vessie et vagin, mais au prix d'un danger certain: *l'infection du péritoine*. Elle nécessite, en effet, l'ouverture simultanée de ce dernier et d'une vessie habituellement infectée. Certes, les succès sont nombreux : Legueu en signale 25 sur 28 cas, son élève Charrier 10 sur 10 interventions; mais à cette statistique heureuse, il faut opposer celle de Reichenmille qui, sur 11 malades, en a perdu 2 par péritonite.

Par ailleurs, le danger urétéral et même biurétéral n'est pas à minimiser : Legueu lui-même rapporte une observation où il dut surmonter des difficultés considérables pour suturer une large fistule interurétérale sans léser les urétéres.

Malgré ses difficultés et sa gravité incontestable, cette méthode si séduisante, qui donne une vision si parfaite des lésions, cette méthode, dont on est tenté de dire « qu'elle ne peut faillir », garde ses indications, trouve de sérieux protagonistes et possède à son actif de nombreux succès.

Conclusion : Les techniques opératoires que nous venons de passer brièvement en revue ne résument pas tout l'arsenal chirurgical qu'on a opposé aux fistules vésico-vaginales hautes. Des interventions très nombreuses ont été conçues pour pallier aux inconvénients signalés et leur nombre nous est une preuve suffisante de leur imperfection relative.

La voie périnéo-vaginale que nous allons maintenant décrire permet de réussir là où les techniques classiques ont échoué. Dès lors, pourquoi ne la point choisir d'emblée, puisque sans ouvrir la vessie ni la cavité abdominale, elle permet de guérir avec simplicité.

LA VOIE VAGINO-PERINEALE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE GASTON PICOT

Nous empruntons à la communication du D^r G. Picot ces lignes, extraites du *Journal de Chirurgie* (t. LIV, p. 477 à 481, n^{os} 4-5, Octobre-Novembre 1939) :

PRÉPARATION DE LA MALADE.

Cette préparation ne nécessite pas de soins spéciaux. On place à demeure, quelques jours à l'avance, une sonde de Pezzer qui va permettre des lavages vésicaux matin et soir. Habituellement l'écoulement de l'urine par le vagin a déterminé une irritation très marquée : des injections au lacto-sérum l'améliorent rapidement.

L'opérée devant être maintenue constipée pendant plusieurs jours avec de l'opium, il est nécessaire de donner une purgation la veille ou l'avant-veille de l'opération.

Anesthésiée par un mode quelconque — inhalation ou rachi — la malade est placée en position gynécologique, le bassin un peu relevé.

PREMIER TEMPS: *Décollement du vagin et section des releveurs.*

Incision prérectale courbe en arrière passant à un travers de doigt de la commissure vulvaire, un peu moins étendue sur les côtés que pour une hystérectomie périnéale.

Section du raphé ano-vulvaire et ouverture de l'espace recto-vaginal. Le décollement est poursuivi aussi

haut que possible. D'un coup de doigt ou du bout des ciseaux mousses, on ouvre les fosses ischio-rectales et l'on met à découvert la face externe des releveurs déjà dégagés sur leur face interne par le décollement recto-vaginal.

Trois doigts tendent les releveurs qu'on sectionne à mi-hauteur et d'avant en arrière.

On sectionne enfin le vagin sur la ligne médiane postérieure jusqu'à 2 cm. environ du fond pour ne pas ouvrir le cul-de-sac péritonéal. On passe dans la partie supérieure de chacune des lèvres de l'incision un gros catgut qui servira de fil tracteur.

DEUXIÈME TEMPS : *Abaissement du vagin et de la fistule.*

On place sur la face antérieure du vagin une pince à cadre souple et élastique et, par traction sur cette pince et sur les catguts passés dans les lèvres de l'incision postérieure, on abaisse le vagin en étalant sa face postérieure et en amenant en avant du pubis sa face antérieure et la vessie.

TROISIÈME TEMPS : *Extériorisation de la vessie et fermeture de la fistule.*

Deux incisions transversales et curvilignes circonscrivent, dans la paroi vaginale antérieure, l'orifice de la fistule et le tissu cicatriciel qui l'entoure. Ce tissu est réséqué largement. On décolle alors, aux ciseaux mousses, les bords de cette incision de la vessie sus-jacente, et l'on poursuit ce décollement aussi loin qu'il est nécessaire pour que l'on puisse attirer à travers la brèche vaginale antérieure un cône vésical suffisamment étendu pour que la fistule puisse être enfouie sous deux plans de sutures.

Si la fistule vésicale est très latérale et qu'on puisse craindre qu'elle est au voisinage immédiat de l'uretère, il est plus sûr de mettre ce dernier en évidence : la brèche vaginale est un peu agrandie, le décollement vésical est élargi suffisamment pour que l'on puisse y

glisser une valve longue et étroite qui soulève la vessie, tend l'uretère et le rend apparent. Il devient très facile de contrôler ses connexions avec la fistule vésicale et de passer les fils de suture de façon à invaginer l'uretère dans la vessie sans qu'un fil risque de le blesser ou de le couder. Cette manœuvre, difficile à expliquer, est très facile à exécuter.

QUATRIÈME TEMPS: *Réparation du vagin et des releveurs.*

La brèche vaginale antérieure est suturée au catgut, à points séparés.

Suture de l'incision vaginale postérieure. Les fils sont passés de façon que les lèvres soient bien affrontées. Le dernier point prend exactement la commissure et la répare avec soin.

Les deux muscles releveurs sont réparés par des points en U.

Une petite mèche est glissée dans le décollement recto-vaginal et l'incision cutanée fermée à ses extrémités.

SOINS POST-OPÉRATOIRES.

La sonde vésicale, changée au moment de l'opération, est maintenue en place dix jours, mais changée au bout de cinq jours. Chaque matin, on fait un lavage au sérum chaud en n'injectant que 15 à 20 gr. à la fois. Ce lavage n'a d'autre but que de s'assurer de la perméabilité de la sonde.

La mèche est retirée le 4^e jour, remplacée par une plus courte. Elle est retirée définitivement le 8^e ou le 10^e jour.

La malade est maintenue constipée avec l'opium pendant une semaine, mais dès le 5^e ou 6^e jour on lui donne de l'huile de paraffine pour éviter la formation de matières dures.

La malade est levée le 12^e ou 13^e jour.

RÉSULTATS

La suture vaginale postérieure se cicatrise sans lais-

ser de traces visibles. Il existe seulement une petite colonne en relief sur la ligne médiane postérieure. La brèche vaginale antérieure disparaît entre les plis transversaux du vagin. Il persiste une petite cicatrice périnéale dont les extrémités latérales sont seules un peu visibles.

MODIFICATIONS

Le D^r R. Couvelaire a apporté à cette technique les modifications suivantes:

1° Il considère que la section des deux muscles releveurs n'est pas toujours indispensable pour obtenir un abaissement suffisant du fond du vagin. La section d'un seul releveur suffit lorsque la fistule est franchement latéralisée, ce qui n'est pas exceptionnel.

2° La suture de la vessie prime la suture vaginale. Quand la fistule vésicale a été enfouie sous plusieurs plans de suture (le premier au catgut, les autres au fil de lin), il est inutile de suturer le vagin. En particulier, s'il s'est produit un suintement sanguin persistant, il est probablement nuisible de suturer cet organe en interposant un hématome entre les deux plans de sutures. La brèche vaginale est rétrécie aux angles et laissée ouverte après sulfamidothérapie locale.

LES OBSERVATIONS

Tel est le procédé de G. Picot. Telles sont les simplifications et les modifications de détail qu'y a apportées R. Couvelaire qui est actuellement l'opérateur ayant la plus large expérience pratique de cette intervention.

Les 17 observations que nous apportons témoignent de sa valeur :

OBSERVATION I, princeps

Dr G. Picot : *Journal de Chirurgie*: T. LIV, nos 4 et 5. Octobre-novembre 1939, p. 482-483.

« M^{me} B... a été opérée, en 1938, d'une hystérectomie totale, J'ai appris du chirurgien qui l'avait opérée que l'opération avait été très difficile. Cette femme entre à Saint-Louis le 19 novembre 1937 en occlusion intestinale avec une fistule iléo-vaginale. Elle guérit après résection, par l'abdomen, d'un segment d'intestin grêle incarcéré dans le vagin en passant à droite de la suture iléo-vésicale.

Guérie de sa fistule intestinale, cette malade revient dans le service le 16 mars 1938, se plaignant de perdre ses urines par le vagin. Je constate, en effet, au fond du vagin très étroit et très profond, une grosse soie portant à son extrémité un calcul gros comme un pois. Une traction légère détache cette soie. La fistule ne se ferme pas.

Le 23 mars 1938: intervention par voie intravésicale. Cystostomie large, transversale. Des catguts sont passés dans les bords de la vessie pour mieux en exposer le fond.

La fistule est vue facilement. Elle siège à 5 mm. de l'orifice urétéral droit. On avive les bords, on décolle, dans la

mesure du possible, la vessie du vagin; on ferme en deux plans; mais du côté de l'uretère les fils se trouvent placés très près des bords de la fistule.

Réunion partielle de la vessie. Drainage sous-pubien.

Suites simples, mais le 6^e jour, les urines s'écoulent à nouveau par le vagin.

Le 25 mai, soit après deux mois de soins, la malade quitte le service dans le même état qu'à son entrée.

Elle revient à Saint-Louis le 25 novembre 1938. Elle est préparée pendant 8 jours à subir une intervention périnéale.

Celle-ci est pratiquée le 3 décembre 1938, selon la technique que j'ai écrite. La mèche est enlevée le 4^e jour; les fils le 7^e; la sonde de Pezzer le 10^e.

M^{me} B., quitte le service complètement guérie, le 15^e jour.

J'ai revu cette malade trois mois plus tard, parfaitement guérie. Les cicatrices vaginales ne sont plus visibles, un petit liséré périnéal laisse seul deviner qu'elle a été opérée. »

Complétons cette observation en disant que le Dr Picot a revu son opérée une seconde fois deux ans plus tard (1941) : son état est parfait: elle n'a jamais souffert ni ressenti aucune gêne. La suture médio-vaginale est invisible et n'est pas perçue au toucher.

OBSERVATION II

Dr G. PICOT (*ibidem*)

« M^{me} D., 32 ans, m'est adressée par Roger Couvelaire qui lui a fait une cystectomie partielle pour une tumeur du col propagée à la vessie et que l'examen histologique a révélé être un endométriose.

La malade était guérie, lorsqu'il se produisit une petite fistule dans la suture vésicale postérieure. Cette fistule est si difficile à voir qu'il est nécessaire d'injecter dans la vessie un peu de bleu de méthylène. Elle ne guérit pas spontanément.

Opération le 3 mars 1939 avec l'aide de Roger Couvelaire et selon la technique décrite. Il faut injecter dans la vessie, au cours de l'opération, du bleu de méthylène pour repérer la fistule qui se trouve au milieu de tissus cicatriciels.

Une légère suppuration retarde un peu la guérison de cette malade qui ne quitte l'hôpital que le 4 avril, soit un mois après l'opération.

Revue guérie et en parfait état un mois plus tard. »

Ajoutons que le Dr Picot l'a réexaminée en 1941 : releveurs en parfait état et périnée aussi solide qu'avant l'intervention. Jamais aucun trouble urinaire.

OBSERVATION III

R. COUVELAIRE, in *Bulletin de la Société française d'Urologie* : n° 5, C. R. de la séance du 18 novembre 1940, p. 84.

M^{me} V... Jeanne, 50 ans, a subi, le 8 mai 1939, une hystérectomie totale pour épithélioma du corps utérin. L'opérateur a noté une certaine adhérence vésico-utérine, mais a pu séparer l'utérus de la vessie sans ouverture apparente de la cavité vésicale. La fistule urinaire apparaît dans les suites opératoires immédiates : l'opérée perd ses urines par le vagin en quantité abondante. La sonde vésicale à demeure diminue notablement mais incomplètement l'écoulement urinaire. Nous examinons la malade en fin juin. L'orifice vésico-vaginal a les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Il siège au fond du vagin, sur la partie gauche de la cicatrice. Le vagin est étroit et la fistule si profondément située que son abord par voie vaginale semble impossible.

Opération le 5 juillet 1939 : cure opératoire par voie vagino-périnéale de G. Picot. Dès l'incision médiane de la paroi postérieure du vagin, le déplissement en éventail extériorise admirablement l'orifice fistuleux. Deux étages de sutures vésicales. Deux points en U sur le vagin. Réfection périnéale et drainage de l'espace recto-vésical par une lame ondulée. Sonde à demeure. Suites opératoires simples. Guérison.

OBSERVATION IV

Dr J. JOMAIN, in *Journal d'Urologie*, T. XLIX, nos 7-8, juillet-août 1941, p. 364. C. R. de la séance du 21 juillet 1941 de la Société française d'Urologie.

M^{me} Hil..., 40 ans, a subi, le 9 novembre 1940, une hysterectomie totale pour fibrome; aucun incident opératoire n'a été signalé, mais les jours suivants la malade perd ses urines par le vagin. Lorsque nous l'examinons le 14 janvier 1941, une cystoscopie, pratiquée après tamponnement du vagin, montre une fistule de la dimension d'une pièce de 50 centimètres, siégeant sur la ligne médiane, à quelques centimètres en arrière du trigone.

Opération par voie transvésicale le 21 janvier 1941; la vessie est bien exposée, on pratique un large dédoublement qui permet de fermer le vagin par deux plans de points séparés au fil de lin, cependant que la vessie est fermée par quelques points au catgut. Suture partielle de la vessie et mise en place d'une sonde de Pezzer coudée à bout ouvert, pour éviter le rottemfent du champignon sur la zone de suture. Sonde urétrale à demeure. Décubitus ventral maintenu pendant trois jours, puis décubitus latéral. Au huitième jour, chute spontanée de la sonde de Pezzer sus-pubienne. La malade étant remise en décubitus dorsal, on constate la réapparition de l'écoulement d'une partie de l'urine par le vagin.

Au bout d'un mois, malgré le maintien de la sonde urétrale à demeure, la fistule persiste. L'examen, après mise en place d'une valve vaginale, montre, au sommet du vagin, une dépression infundibuliforme aboutissant à une très petite fistule, admettant difficilement l'extrémité d'un crayon de nitrates. La fistule est ainsi nitratée à plusieurs reprises, sans qu'on puisse obtenir sa fermeture.

Lorsqu'on décide de réintervenir, la plaie de cystostomie est cicatrisée, mais il persiste une petite suppuration à l'extrémité inférieure de la cicatrice. Dans ces conditions, et après lecture de l'intervention de M. Fey à la Société d'Urologie, pour signaler le danger des interventions itératives, nous optons pour la voie vagino-périnéale.

Le 23 avril 1941, intervention par voie vagino-périnéale sous rachi. Au moment d'inciser le périnée, on remarque que celui-ci est très diminué de longueur, la vulve légèrement béante; il s'agit, en effet, d'une multipare ayant mis quatre enfants au monde. Le décollement recto-vaginal, la section des releveurs, la section de la paroi postérieure du vagin sont facilement exécutés et à peu près exsangues. Après traction sur les fils vaginaux postérieurs, et sur une pince en

cœur, placée sur la paroi antérieure du vagin, la fistule s'abaisse à la vulve, sans toutefois s'extérioriser en avant du pubis, comme le décrit Picot dans le *Journal de Chirurgie*, mais on jouit néanmoins d'un jour considérable sur la fistule. La vessie est ainsi parfaitement abaissée, comme on s'en assure en plaçant une petite bougie de Hégar dans la vessie, cette manœuvre ne permet pas d'augmenter l'extériorisation d'un centimètre. Un losange vaginal circonscrit la fistule, et la vessie est séparée du vagin en disséquant une bonne collerette vaginale. Des catguts 00 sont passés dans la paroi vésicale perpendiculairement à l'axe de l'avivement. A l'extrémité gauche de la première ligne de suture, l'aiguille accroche, et on note l'issue d'une frange grasseuse, indubitablement sigmoïdienne. Elle est réintégrée, et deux points ferment facilement la brèche péritonéale. Deuxième plan vésical, et suture du vagin, toujours au catgut. La fermeture de la paroi vaginale postérieure et la suture des releveurs ne présentent aucune difficulté.

En raison de l'insuffisance notée au début de l'intervention, nous introduisons une variante dans la technique originale. Après avoir glissé une petite mèche iodoformée entre les releveurs, jusqu'au cul-de-sac péritonéal; les 2 releveurs sont largement accotés l'un à l'autre par un solide point en U, en avant de la mèche. Suture partielle de la peau aux crins. Sonde de Pezzer urétrale. Ablation de la mèche le 4^e jour, ablation de la sonde de Pezzer le 20^e jour. La malade est continente.

16 mai: Guérison complète, sans séquelles périnéales, ni urinaires.

OBSERVATION V

Dr G. PICOT, inédite

M^{me} J..., âgée de 40 ans environ, a subi en septembre 1939 une hystérectomie totale pour néoplasme histologiquement vérifié. Fistule vésico-vaginale consécutive: perte d'urines très abondantes; à l'examen, dès qu'on introduit le speculum, le fond du vagin s'emplit d'urine.

Opération (Dr G. Picot) suivant la technique décrite: durée 20-25 minutes. Sonde à demeure 10 jours. La malade sort guérie le 14^e jour.

Revue un peu plus de 3 ans après l'intervention : aucun trouble vésical subjectif; mictions normales; ne se lève pas la nuit; n'a jamais souffert; a une vie très active. La cicatrice vaginale n'est ni visible ni perceptible. La cicatrice inter-ano-vaginale doit être recherchée soigneusement : elle n'a laissé sa trace que sous l'aspect d'un fin liseré blanc de quelques centimètres de long. La région est d'une souplesse parfaite.

OBSERVATION VI

Dr G. PICOT, inédite.

M^{lle} B..., 34 ans. Wertheim le 12 décembre 1940 pour volumineux cancer du col ayant infiltré largement la partie postérieure et gauche du vagin, et accompagné d'une infection secondaire importante (propidon).

Pendant l'intervention, les uretères ont dû être dégagés sur 8 à 10 cm. Evidement du tissu graisseux jusqu'au périnée moyen; section très basse du vagin. En raison de l'étendue de l'exérèse on n'a pas pu cacher les uretères dans le péritoine.

Dans les jours qui suivent l'intervention important sphacèle de la partie profonde du vagin. Fistule vésico-vaginale évidente au 8^e jour.

Intervention : G. Picot; technique initiale : difficultés dues à l'étroitesse du bassin et à celle du vagin qui n'admet que l'index (introduction des valves impossible); l'intervention est cependant menée à bien. Suites normales. Guérison!

La malade est revue en août 1942 en parfait état.

OBSERVATION VII

Dr R. COUVÉLAIRE, inédite.

M^{me} G..., 58 ans. Opérée en province pour épithélioma du corps utérin : hystérectomie totale et fistule vésico-vaginale consécutive. Deux tentatives de fermeture par voie transvésicale ont échoué. Vagin scléreux, orifice admettant une sonde cannelée, à gauche de la ligne médiane sur la cicatrice du dôme vaginal.

Cystoscopie : vessie d'exploration malaisée; on précise cependant l'indépendance absolue de l'orifice urétéral gauche et de l'orifice fistuleux.

Intervention (R. Couvelaire) en janvier 1941 : cure par voie vagino-périnéale, *sans* section des releveurs. L'exposition est parfaite et la dissection des lambeaux se fait à ciel ouvert.

Trois plans sur la vessie; vagin non suturé; sonde à demeure. Guérison simple.

Revue en excellent état six mois plus tard : urines claires, périnée normal.

OBSERVATION VIII

D^r R. COUVELAIRE, inédite.

M^{me} F..., 26 ans. Hysterectomie totale pour bacillose utéro-annexielle, et fistule vésico-vaginale consécutive.

L'opérateur a tenté une fermeture par voie vaginale; puis, trois mois plus tard, une cure par voie transvésicale : échec.

Toucher vaginal : La fistule est large, au fond d'un vagin granuleux; elle admet facilement l'index. Abdomen normal.

Cystoscopie après tamponnement vaginal serré : on aperçoit la mèche vaginale qui émerge d'une vaste perte de substance, allant, sur la ligne médiane, du col vésical au muscle interurétéral.

Intervention (D^r R. Couvelaire) : avril 1941. Cure par voie vagino-périnéale avec section des deux releveurs. Exposition simple de l'orifice. Dissection facile des lambeaux. Quatre plans sur la vessie; vagin non suturé; sulfamides locaux; sonde vésicale à demeure. Guérison sans incidents; durée d'hospitalisation : 21 jours.

Excellentes nouvelles en 1942.

OBSERVATION IX

D^r R. COUVELAIRE, inédite.

Gér. Madeleine, 38 ans.

I. Entre le 10-7-41 pour fistule vésico-vaginale survenue

en 1936, trois semaines après une hystérectomie subtotale, consécutive à une rupture utérine avec déchirure vésicale d'origine obstétricale.

Examen : 1° *Spéculum* : col gros, orifice externe béant, paroi droite mamelonnée, irrégulière; écoulement abondant d'urine;

2° *Cystoscopie* : très malaisée, elle n'est possible qu'après un gros tamponnement vaginal.

Calotte normale (petite bulle d'air); la fistule est allongée d'avant en arrière et atteint le col; elle part à droite de la région médiane en arrière du muscle interuretéral, et elle aboutit au col vésical; on voit largement apparent le tampon mis dans le vagin. >

A quelques millimètres de lui existe un orifice sus-fistulaire qui se trouve être l'uretère droit; le gauche plus est lointain et béant; cathétérisme bilatéral.

Opérée le 23-7 : « Taille vésicale très malaisée, car la vessie est du volume d'une noix. La fistule part du col, frôle l'orifice urétéral droit et dépasse le muscle inter-uretéral. On réalise quatre bourses au fil de lin sur le vagin après un difficile refoulement de la portion intra-murale de l'uretère. »

Un plan vésical au catgut; sonde de Pezzer dans la vessie.

Un petit drain dans la cavité de Retzius.

Sort le 11-9-41, hospitalisée deux mois.

II. — Revient le 26-10-42. Elle perd toujours ses urines.

Opérée le 31-10-42 : « Voie périnéale sans section des releveurs. Vagin scléreux, dont le fond est cartonné; orifice vésico-vaginal de la taille d'une pièce de 50 centimes.

Quatre plans vésicaux; vagin laissé ouvert. »

Suites : 8-11 : ablation de la mèche;

9-11 : ablation du drain;

13-11 : ablation des fils;

18-11 : ablation de la sonde;

24-11 : la malade sort guérie. Hospitalisation inférieure à 1 mois.

OBSERVATION X

D^r R. COUVELAIRE, inédite.

M^{me} D. Jul..., 52 ans. Femme très obèse, qui a subi plusieurs interventions.

13-2-1936 : Opérée pour fibrome et salpingite.

2-7-1936 : Eventration; hystérectomie subtotale pour cancer utérin.

14-12-1939 : Néoplasme du col restant : exérèse, évidemment du ligament large et fistule vésico-vaginale consécutive : pas de mictions, mais urines claires. Sa cure comprend quatre épisodes :

1° Le 1^{er}-8-1940 : essai de fermeture par voie vaginale (hôpital Cochin, D^r L. Michon) : insuccès.

2° Le 15-1-1941 : intervention par voie vagino-périnéale (D^r R. Couvelaire). La fistule, très haute, est à droite de la ligne médiane sur le fond du vagin. Elle admet le petit doigt. Décollement très poussé vers la droite pour vérifier la position des uretères. *Intense* processus de sclérose inhérent à la première tentative de fermeture par voie vaginale. Trois bourses au catgut sur la vessie. Un plan vaginal. *Suites* : fistule résiduelle.

3° Le 18-10-1941 (D^r R. Couvelaire) : intervention par voie transvésicale. « Difficulté extrême à exposer la fistule. Nécessité d'extrapéritonéiser la vessie. Callosités scléreuses et blanchâtres sur le trigone, près de l'orifice urétéral droit. La fistule est petite et n'admet qu'un stylet. Quatre bourses au lin sur le vagin. Sonde urétérale à demeure. Sonde de Pezzer dans la vessie. *Suites* : Persistance d'un flux urinaire. »

4° Le 4-11-41 (D^r R. Couvelaire) voie périnéo-vaginale : « Le décollement vaging-rectal est une manière de sculpture. Abaissement parfait du dôme vaginal *sans* section des releveurs. La fistule est si petite qu'il faut mettre du bleu de méthylène dans la vessie pour repérer son orifice — médian et ponctiforme, siégeant à côté d'un orifice glandulaire. Cinq plans sur la vessie. Vagin non fermé. Guérison complète. » (Sort le 21-11-1941.)

OBSERVATION XI

Dr R. COUVELAIRE, inédite.

Mur. Léonie, 44 ans.

I. — Entre le 8 septembre 1941 pour fistule vésico-vaginale apparue cinq jours après une intervention pour fibrome pratiquée le 30 juin 1941.

Opérée le 13 septembre (Dr R. Couvelaire) :

« Cure par voie transvésicale d'une fistule siégeant en dedans de l'orifice urétéral droit, admettant facilement l'index. Quatre plans au lin sur le vagin; un plan vésical au catgut. Sonde de Pezzer dans la vessie; drain dans la cavité de Retzius. » Sort le 11 octobre 1941.

II. — Rentre le 8 janvier 1942, car elle perd à nouveau ses urines par le vagin.

Opérée le 14-1-42 : « Voie transvésicale itérative. Difficulté d'exposition de la fistule, car *la vessie ne se laisse pas étaler*.

« On enlève plusieurs fils de lin incrustés et on avive la fistule.

« Cinq plans au lin sur le vagin; un plan vésical au catgut.

« Extrapéritonisation terminale; drainage vésical et urétral. »

Suites bonnes, mais la malade doit uriner toutes les heures et il persiste une petite fistule abdominale par laquelle sourdent quelques gouttes d'urine de façon intermittente (la fistule ne donne rien à certains jours).

Sort le 28-3-42 pour revenir le 31-3, parce que ses urines s'écoulent abondamment par la fistule de cystostomie : sonde à demeure et fermeture spontanée : sort le 25-4. Quatre jours après, fermeture complète.

III. Revue le 7-10-42. Depuis le mois d'août, pollakiurie et douleurs à la miction. La cystoscopie (3-10) montre la présence d'un calcul vésical phosphatique, blanchâtre et irrégulier sur le segment gauche du col; deux lithotrities (7 et 12-10) en ont raison; mais le 14-10 la malade recommence à perdre ses urines par le vagin.

Opérée le 28-10-42 (D^r R. Couvelaire) : « Excellente exposition de la fistule par voie vagino-périnéale, sans que l'on soit obligé de couper un seul releveur.

« Orifice régulier, scléreux, admettant à l'aise une grosse sonde cannelée.

« Trois plans vésicaux; un seul point sur le vagin. Guérison. » (Sort le 20-11-42.)

OBSERVATION XII

D^r R. COUVELAIRE, inédite.

M^{me} Q. Mir..., 30 ans. Fistule vésico-vaginale déjà opérée par voie transvésicale et secondaire à une hystérectomie totale pour tuberculose utéro-annexielle. La désunion de la suture rend nécessaire une nouvelle intervention.

D^r R. Couvelaire (Cochin) : Fistule *très haute*, au fond du vagin, légèrement à droite de la ligne médiane. Admet facilement une sonde cannelée. Bords indurés. Cure par voie périnéo-vaginale. Trois plans sur la vessie; un plan sur le vagin.

La section d'un seul releveur a suffi à exposer remarquablement la fistule et à disséquer largement les lambeaux sous le contrôle de la vue. Lame recto-vaginale. Guérison simple. Sort le 15-9-42, un mois après son hospitalisation.

OBSERVATION XII

D^r R. COUVELAIRE, inédite.

M^{me} D. Bl..., 28 ans. Entre à l'hôpital Cochin le 30-9-1941.

Cinq mois auparavant, hystérectomie totale pour cancer du col (Tarnier) : fistule vésico-vaginale. Pas de miction.

Examen le 29-9-1941. *Spéculum après bleu* : fente transversale dont la partie droite laisse sourdre du colorant.

Cystoscopie : muqueuse normale. Bonne capacité vésicale. O. U. D. normal. Trigone normal. Orifice fistuleux sur la paroi postérieure, légèrement à gauche de la ligne médiane. Bords réguliers, blanchâtres, *moussés*. Aspect de fente.

Intervention (D^r R. Couvelaire), 2-10-1942 : « Le décolle-

ment intervagino-rectal est plus laborieux que de coutume. On ne sectionne *aucun* releveur. La fistule, en fente transversale de 2 cm., descend moins parfaitement que de coutume, mais son exposition est très suffisante pour permettre une fermeture vésicale en trois plans. Vagin non suturé. Guérison simple.

OBSERVATION XIV

Dr R. COUVELAIRE, inédite.

Henriette Rou..., 51 ans. Colpo-hysterectomie pour épithélioma endo-cervical le 1^{er} juillet 1942.

En août 1942, abondantes pertes d'urines par le vagin.

Fistule ovale à 3 cm. en arrière de la ligne biuretérale : 3 mm. sur 2 mm.

15 octobre 1942 : cure par voie transvésicale. La malade paraît guérie, mais en décembre apparaissent des signes de cystite et réapparaît l'écoulement.

On retrouve à la cystoscopie l'orifice fistuleux derrière la ligne biuretérale et au spéculum l'orifice est vu à gauche de la cicatrice vaginale.

Cure par voie vagino-périnéale (Dr R. Couvelaire) : 15 janvier 1943. On ne sectionne *pas* les releveurs. L'abaissement, de ce fait, n'est pas absolument parfait, mais l'exposition est très suffisante pour permettre le dédoublement d'un orifice latéral gauche admettant facilement une sonde cannelée. Trois bourses au lin sur la vessie. Vagin non suturé. Suites opératoires très simples. Guérison.

OBSERVATION XV

Dr R. COUVELAIRE, inédite.

Juliette Jean..., 45 ans. Hysterectomie totale en 1939. Fistule vésico-vaginale postopératoire immédiate.

Première tentative de fermeture en avril 1939 : échec.

Deuxième tentative en juin 1939, à Bicêtre, par voie transvésicale : échec.

La cystoscopie et l'examen au spéculum permettent de

découvrir aisément l'orifice qui, par voie vaginale, admet facilement un stylet.

Compte rendu opératoire : Exposition excellente de la fistule par voie vagino-périnéale *sans* section des releveurs. L'orifice siège dans une crypte, à gauche de la ligne médiane sur le fond du vagin. Il admet une sonde cannelée. La dissection des bords est très difficile, car le tissu scléreux est épais. On ouvre deux fois la cavité vésicale avant de trouver un clivage satisfaisant qui permette une suture étoffée en trois plans au lin. — Adossement vaginal au catgut. — Drainage prérectal. — Guérison simple.

EXPOSE ET ANALYSE DES CRITIQUES

La voie vagino-périnéale de G. Picot a fait l'objet de CRITIQUES nombreuses. Celles-ci ont été formulées par le Professeur G. Marion et le Docteur R. Gouverneur.

Le Professeur G. Marion écrit en effet⁷ :

« L'opération de Picot est (donc) une opération préliminaire complètement inutile. Ce n'est pas, d'autre part, une opération insignifiante. Décoller complètement le vagin du rectum comme dans une périnéorraphie, fendre le vagin sur la ligne médiane, puis sectionner les releveurs de chaque côté, me paraît vraiment être une opération préliminaire d'une certaine importance. Jusqu'ici grâce à l'habileté de Picot et de Couvelaire, les suites opératoires ont été bonnes et il n'y a pas eu d'effondrement du périnée; mais cela m'étonnerait beaucoup qu'un jour ou l'autre, par suite d'un hématome, d'une suppuration, on n'ait pas une désunion de la réparation et un effondrement périnéal nécessitant une nouvelle intervention.

« D'autre part, on ne peut nier que la vision des uretères soit infiniment mieux assurée par la voie haute que par la voie basse, car si la voie basse permet au besoin de voir un uretère intéressé, elle ne permet pas de voir l'autre uretère qui, souvent, sert de point de repère. »

Et ailleurs :

« Pour me résumer, je dirai que vraiment je ne

7. *Journal d'Urologie*; C. R. de la séance de la Société française d'urologie du 20-1-1941; tome 49, nos 1-2, p. 81.

vois pas la nécessité de chercher d'autres voies d'abord des fistules vésico-vaginales en dehors de la voie transvésicale pour les fistules hautes et pour certaines fistules basses latérales susceptibles d'intéresser les uretères, et de la voie vaginale complétée au besoin d'un débridement à la Michaux si l'on voulait à tout prix opérer par voie basse une fistule avec un vagin extensible. »

De son côté, le D^r R. Gouverneur⁸ considère que « le décollement recto-vaginal qu'il faut pousser loin jusqu'au fond du vagin pour arriver sur le siège de la fistule et la section de la paroi postérieure du vagin représentent réunis et à eux seuls déjà une intervention; la section des releveurs de l'anus constitue un délabrement, et au moment de la réparation, si bien faites que soient la suture et la restauration, je pense que dans bien des cas la malade conservera un certain degré de faiblesse du périnée et une tendance au prolapsus vaginal. C'est là une voie d'abord qui, si elle représente une opération anatomiquement bien réglée, n'en est pas moins compliquée et d'un accès trop indirecte. La voie périnéo-vaginale s'adresse, nous disent les auteurs, aux fistules hautes, or, ce sont justement celles pour lesquelles deux voies d'abord classiques ont bien fait leur preuve : la voie transvésicale et la voie transpéritonéale. »

Enoncés par des chirurgiens qui ont une expérience si étendue de la chirurgie des fistules vésico-vaginales, ces arguments donnent à réfléchir. Il est vrai qu'il s'agit là de considérations théoriques, l'abord vaginopérinéal n'ayant été mis à l'épreuve de la pratique par aucun de ceux qui le condamnent. Aussi bien B. Fey, abandonnant son impression première⁹, a dit à la Société française d'Urologie¹⁰ :

8. *Ibidem*, p. 82.

9. *Bulletin de la Soc. fr. d'urologie*; séance du 18-11-1940, n° 5. Discussion du rapport de R. Couvelaire : « A propos de la voie d'abord opératoire de certaines fistules vésico-vaginales haut situées. »

10. *Journal d'Urologie*; tome 49, nos 1-2, p. 83. (C. R. de la séance de la Soc. fr. d'urologie en date du 20-1-1941. La première partie de son exposé a déjà été reproduite à la page 19 de cette thèse.

Elle est pratiquement *exsangue* pour qui sait trouver les zones de décollements.

La *réfection* est facile. Elle ne se fait pas à l'aveugle. Les releveurs, d'abord suturés dans leur continuité, sont ensuite adossés comme dans une colpo-périnéorraphie, si bien que le résultat morphologique et anatomique vérifié avec un recul de plusieurs années est toujours parfait : il n'y a ni faiblesse périnéale, ni tendance au prolapsus comme le craint le D^r R. Gouverneur.

A vrai dire, la section des releveurs n'est pas toujours indispensable : 7 fois sur 17. R. Couvelaire a mené à bien l'intervention sans en entamer un seul et le grief que les antagonistes de la méthode fondent sur cette section n'a pas sa raison d'être dans un nombre appréciable de cas (40 %).

D'autres fois, il est nécessaire d'en couper un seul pour abaisser correctement la fistule.

On ne peut dire mutilante une voie d'accès qui utilise le décollement recto-vaginal pour progresser, qui isole à la vue les releveurs, qui ne les sectionne pas systématiquement et qui, lorsque cette section s'avère indispensable, permet de les réparer dans d'excellentes conditions, on les adossant comme dans une périnéorraphie postérieure.

2° On reproche à la voie *vagino-périnéale* d'être inutile, car le débridement recto-vaginal donne un jour suffisant.

R. Couvelaire, à ce propos, écrit : « Nous citerons trois arguments qui assurent à nos yeux la supériorité de la voie *vagino-périnéale* sur l'habituel débridement vulvo-vaginal :

C'est une opération à ciel ouvert et non à l'aveugle ;

C'est une opération *exsangue*, alors que les tranches de débridement sont fréquemment très saignantes ;

Enfin et surtout le débridement seul ne permet pas l'extériorisation de la vessie.

Le débridement vulvo-vaginal permet « d'aller à la fistule » (parfois seulement lorsqu'il est bilatéral) alors qu'en empruntant la voie *vagino-périnéale*, c'est la

fistule « qui vient » sous les yeux de l'opérateur, facilitant singulièrement la cure.

Par ailleurs, Victor Marchack¹², dans une thèse récente, s'il conclut à l'excellence du débridement postéro-latéral, ne cache pas que les fibres du releveur peuvent être intéressées par la section. »

Cette extériorisation vésicale n'est donnée par aucune autre méthode; elle est bien le propre de la voie vagino-périnéale, elle en constitue le cachet particulier et la qualité dominante. « On ne travaille pas au fond d'un puits, mais, selon l'expression de R. Couvelaire, on a la fistule sous l'œil et dans la main ».

La position centrale préconisée par Depage pour la cure des fistules antérieures est ici inutile; cet artifice, qui est excellent lorsque le vagin n'est déplié que par des valves, n'a plus sa raison d'être si la zone fistuleuse peut descendre à la vulve. Il suffit dans ce cas de mettre la patiente en position de Trendelenburg pour opérer à son aise.

L'utilité de la voie vagino-périnéale nous paraît démontrée : elle permet de descendre le dôme vaginal, ainsi que la fistule, et le déplissement en éventail du vagin dont la colonne postérieure a été fendue supprime toute berge latérale, toute excavation.

3° *On a reproché à la voie vagino-périnéale d'être illogique*, étant donné l'excellence de la voie transvésicale.

Il s'en faut que cette dernière soit idéale et facile dans toutes les conditions. Si chez une patiente maigre, dont la vessie a une bonne capacité, dont le pelvis est peu profond, elle permet un abord aisé et simple de la fistule, il n'en est pas de même en cas d'opération itérative, si la paroi abdominale est épaisse, si la fistule siège près des orifices urétéraux.

Les deux premiers arguments sont faciles à comprendre : Tous ceux qui ont eu à réopérer par voie transvésicale des fistules déjà opérées par cette voie

12. Marchak V., Contribution à l'étude des débridements vulvo-vaginaux. Thèse, Paris, 1939, Arnette, éditeur.

en conviendront. Tous ceux qui, à travers un large pannicule adipeux et une paroi épaisse, ont travaillé à bout d'instruments dans le fond du puits vésical ne manqueront pas d'être heureusement surpris par la simplicité qu'offre la périnéotomie que nous prôtons. Il a été remarqué depuis longtemps, en effet, que les obèses conservent un périnée maigre, et c'est là une des raisons qui ont fait naître la voie périnéale dans la cure du cancer du col utérin (Cunéo et Picot).

Quant au dernier argument, il a été mis en doute par R. Gouverneur : « Je doute que cette façon de faire soit aussi simple et aussi facile dans tous les cas », et par le Professeur G. Marion : « dire qu'on voit mieux les uretères par la voie basse que par la voie haute me paraît un paradoxe ».

Voici ce qu'a écrit G. Picot¹³ à ce sujet; il est fort explicite :

« Lorsqu'on pratique une hystérectomie périnéale, qu'on a décollé jusqu'au Douglas la face postérieure du vagin, qu'on a circonscrit ce dernier par une incision circulaire, on se porte à la face antérieure du vagin et on le décolle de la face inférieure de la vessie. En avant, ce décollement ne peut se faire qu'aux ciseaux mousses, il n'y a pas de plan de clivage, puis, au niveau de la moitié postérieure du vagin, la vessie se décolle en deux coups de doigt jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. Si l'on n'y porte garde, le doigt s'engage même en avant du cul-de-sac péritonéal et décolle la vessie de son revêtement péritonéal postérieur. Les données embryologiques sur le sinus uro-génital et les accolements péritonéaux chez la femme expliquent, sans qu'il soit besoin d'y insister, les différences essentielles de ces deux régions considérées du point de vue chirurgical. Elles expliquent aussi les difficultés que le chirurgien peut rencontrer, malgré leur accès facile, dans la cure des fistules vésico-vaginales bas situées. Mais elles font prévoir, en raison de la mobilisation de la vessie que l'on peut faire très étendue dans la zone

13. G. Picot : *Journal de Chirurgie*, t. 54, nos 4-5, octobre-novembre 1939.

postérieure, la facilité de la cure des fistules situées à ce niveau.

« Lorsque la face inférieure de la vessie a été largement décollée — je viens de dire combien ce décollement est facile — le soulèvement de la vessie par une valve dessine une ogive d'autant plus nette que la valve est plus tendue. Les piliers de cette ogive sont formés par la terminaison des uretères. On les voit si nettement, on les touche du doigt si facilement, qu'il est inutile de placer au préalable des sondes urétérales.

« J'ai pensé que ce large accès sur la face inférieure de la vessie, sur la terminaison des uretères et la région interuretérale pouvait être utilisée pour opérer par voie basse les fistules vésicales ou urétérales situées dans cette région. »

Roger Couvelaire a étudié la mise en évidence de la terminaison des uretères par la voie périnéale. Ses dissections et ses constatations confirment l'exposé de G. Picot; il nous a remis à cet égard la note suivante:

« Lorsque, ayant fendu sur la ligne médiane la paroi postérieure du vagin pour aborder commodément son fond, et ayant sectionné les releveurs pour abaisser le col utérin, on incise transversalement la paroi vaginale antérieure pour décoller la vessie, on aboutit latéralement sur la terminaison des uretères. La valve médiane qui soulève la face postérieure de la vessie tend deux cornes à partir desquelles il est facile de retrouver les uretères dans leur segment juxta-vaginal. Ayant traumatisé la vessie le long de la portion intramurale de l'uretère, il est facile d'enfouir la brèche en refoulant l'uretère vers la cavité vésicale. Finalement, l'uretère respecté présente une portion intramurale plus longue et occupe une position comparable à celle de la sonde d'une iléostomie lorsqu'on réalise une fistulisation à la manière de Witzel. »

Ce mode d'enfouissement urétéral par voie basse paraît infiniment plus simple que la désinsertion de l'uretère à vessie ouverte, suivie de réimplantation. Il permet toujours de pratiquer une suture étoffée adossant de larges surfaces de la musculieuse vésicale et nous savons que c'est là un élément capital du succès.

INDICATIONS DE LA VOIE VAGINO-PERINEALE

Le secret de la cure opératoire des fistules vésico-vaginales réside dans une libération très poussée des organes mis en communication pathologique. Il faut un bon dédoublement qui permette d'enfouir la brèche vésicale non par des bords minces, mais par des surfaces. La voie d'accès qui permet de mener à bien cet enfouissement avec facilité est la meilleure.

Il nous apparaît que la voie vagino-périnéale présente, à cet égard, une nette supériorité sur les autres voies d'abord :

1° c'est une voie anatomique, de clivage et d'extériorisation de la fistule ;

2° c'est une voie sans danger qui n'ouvre à aucun moment le péritoine. Le Douglas, qu'on atteint parfois, est facile à identifier et se laisse décoller à la demande, s'il descend bas ;

3° c'est une voie qui permet la constitution de multiples plans d'enfouissement vésicaux.

Nous estimons plus logique de fermer la vessie à travers le vagin que le vagin à travers la vessie et nous pensons que les calculs vésicaux qui suivent parfois la cure transvésicale ne sont pas étrangers à la méthode qui cherche l'étoffe dans le vagin et reconstitue une paroi aux dépens de cet organe, en négligeant la suture vésicale ;

4° c'est une voie dont les suites opératoires sont simples, indolentes, sans gravité, sans fièvre ;

5° c'est une voie qui réalise la suture vésicale dans des conditions techniques si satisfaisantes qu'il est inutile de dériver les urines par une cystostomie. Pas une fois, M. R. Couvelaire n'a jugé utile de pratiquer cette dérivation qu'il est actuellement banal de prôner dans la cure des fistules entreprises par voie basse. La sonde uréthrale à demeure est nécessaire mais suffisante :

6° c'est une voie qui permet de traiter facilement les brèches atteignant le col vésical et ayant des dimensions antéro-postérieures importantes. L'accès du col par voie transvésicale est infiniment plus malaisé :

7° c'est une voie qui guérit sans avoir ouvert la vessie, en laissant un périnée solide dont l'aspect et la structure sont ceux d'une colpopérinéorraphie postérieure.

Chaque chirurgien, évidemment, comme dans toute opération plastique, aura tendance à employer la voie qui lui est familière. La voie vagino-périnéale est considérée, par MM. G. Picot et R. Couvelaire, comme *la voie de choix*.

A. Elle est inutile si la fistule est basse et d'accès aisé à travers un vagin extensible et souple.

B. Elle est parfaite et impérativement indiquée en cas de fistule haut située :

— lorsqu'il y a eu déjà tentative infructueuse de fermeture par voie transvésicale ;

— lorsque l'abdomen est gras (alors que le périnée est maigre même chez les obèses) ;

— lorsque la proximité de l'orifice urétéral laisse craindre son occlusion par un fil de suture ou la nécessité de désinsérer l'uretère.

Nous insistons particulièrement sur la valeur de la méthode en cas d'opération itérative. Il vaut toujours mieux aborder la fistule en empruntant une voie différente de celle qui fut primitivement tentée. Le temps d'exposition des lésions y gagne en netteté.

A souligner qu'en cas d'échec par voie périnéale (une observation de notre statistique où la suture des plans vésicaux faite exclusivement au catgut fin expli-

que probablement la récédive), la réintervention par cette voie n'offre aucune difficulté. Le rectum est séparé du vagin par la suture des releveurs et on peut suivre la paroi vaginale postérieure sans crainte d'ouvrir le canal rectal, malgré l'absence de clivage normal. Dans l'observation que nous apportons, M. R. Couvelaire put facilement abaisser de nouveau la fistule, suturer la vessie en 3 plans et obtenir la guérison.

C. Elle est considérée par certains chirurgiens (G. Picot, R. Couvelaire) comme la voie de choix alors qu'il n'existe aucune des raisons précédemment énoncées pour la préférer aux autres voies d'abord. Guérir simplement une malade atteinte de cette si pénible infirmité au prix d'une opération sans gravité et sans être obligé d'ouvrir la vessie et de la drainer, est une très appréciable simplification.

D. Elle est précieuse à connaître pour aborder l'uretère intérieur et tenter par cette voie la cure de certaines *fistules uretéro-vaginales*. L'OBSERVATION suivante inédite, due à l'obligeance de M. B. Fey, en fait foi :

OBSERVATION XVII

M^{me} Cod. Marcelle, 46 ans. Hysterectomie pour cancer utérin. Au cours de l'opération, pratiquée hors de service, l'uretère gauche est coupé et immédiatement réimplanté dans la vessie. Dans les suites opératoires immédiates, perte des urines par le vagin. Les explorations font la preuve d'une fistule uretéro-vaginale droit. Essai de division : à gauche, on cathétérise facilement le néo-orifice (quelques hématies, quelques polynucléaires, nombreux colibacilles, concentration uréique 0,25). A droite, on bute à 4 cm. Finalement, avec une 12 sifflet, puis une 10 bougie on arrive à cathétériser l'uretère. Pas de pus, colis, concentration uréique 1,26.

Opération (B. Fey) : 1° Néphrostomie droite : bassinnet très dilaté;

2° Voie périnéo-vaginale de Picot : abord de l'orifice fistuleux à l'angle supérieur et droit du vagin. Dissection d'une collerette permettant de fermer le trajet fistuleux. Fermeture du vagin. Guérison opératoire : la malade ne perd plus ses urines alors que la néphrostomie est supprimée.

En conclusion: les 17 observations que nous apportons nous permettent de légitimer la place privilégiée que nous reconnaissons à la voie vagino-périnéale dans la cure des fistules vésico-vaginales.

CONCLUSIONS

1° La voie vagino-périnéale permet d'aborder « anatomiquement » par clivage — les fistules vésico-vaginales les plus haut situées et d'extérioriser le trajet fistuleux pour entreprendre avec facilité le temps capital du dédoublement.

2° La voie vagino-périnéale est la voie d'abord d'élection en cas d'obésité abdominale, d'échec de la cure opératoire par voie transvésicale, de proximité des uretères.

3° Les observations que nous apportons à l'appui de ces conclusions démontrent que les suites opératoires immédiates sont simples et que le résultat à plus longue échéance est excellent (17 cas, 17 guérisons), laissant au périnée sa morphologie et sa statique normales.

Vu,

**Le Doyen :
BAUDOUIN**

Vu,

**Le Président de Thèse :
COUVELAIRE**

Vu et Permis d'Imprimer,

**Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. GIDEL.**

BIBLIOGRAPHIE

ANDRÉ. — Rapport du X^e Congrès de l'Assoc. des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, 1937 (voir bibliographie).

COUVELAIRE (R.). — *Bull. de la Soc. fr. d'urol.*, n° 5; C. R. séance du 18-11-1940, p. 84.

HARTMANN. — C. R. de l'Acad. de Chirurgie; séance du 24-5-1939.

JOMAIN (J.). — *Journal d'urologie*, t. XLIX, nos 7-8, juillet-août 1941, p. 364.

MARION (G.), GOUVERNEUR (R.), FEY (B.). — *Journal d'urologie*, t. 49, nos 1-2, janvier et février 1941, p. 81 et suivantes; C. R. séance du 20-1-1941.

MARCHAK (V.). — Contribuer à l'étude des débridements vulvo-vaginaux. (*Thèse*, Paris, 1939; Arnette, édit.)

PICOT (G.). — *Journal de Chirurgie*, t. 54, nos 4-5, octobre-novembre 1939, p. 474 à 483; 5 figures.
